ÉTUDE

N° 78

SUR

LE CYSTICERQUE DE L'ŒIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 22 DÉCEMBRE 1884

PAR

LÉONCE TERRIN

Né à Solliès-Toucas (Var)

MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✲ ✲..... Doyen
COMBAL ✲..... } Assesseurs
GRASSET..... }

PROFESSEURS :

Pathologie externe.....	MM. BOYER ✲.
Accouchements.....	DUMAS ✲.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ✲ C. ✲.
Anatomie.....	BENOIT ✲ ✲.
Clinique médicale.....	COMBAL ✲ ✲.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER ✲.
Physique médicale.....	MOITESSIER ✲.
Anatomie pathologique et histologie....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ✲.
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON ✲✲.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	N.
Opérations et appareils.....	N.

MARTINS (O.✲), COURTY (✲), Professeurs honor.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET	MM. CHALOT	MM. DUMAS fils
DE GIRARD	BIMAR	BLAISE
SERRE	MOSSE	BAUMEL
ROUSTAN	REGIMBEAU ✲	VILLE
CARRIEU	TEDENAT	GRANEL
MAIRET		

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. BERTIN-SANS, *président ;*
JAUMES, professeur ;
JACQUEMET, agrégé ;
CARRIEU, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE DANIEL

Capitaine au 61e de ligne

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON ONCLE L'ABBÉ MARTIN

Curé de la Crau-d'Hyères (Var)

A MONSIEUR CHARLES TERRIN

Médecin de la marine en retraite

Chevalier de la Légion d'honneur

L. TERRIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARTHÉLEMY

Médecin en chef de la marine
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de Toulon
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON

L. TERRIN

A MONSIEUR JAUME

Professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR BERTIN-SANS

Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier

L. TERRIN

A MONSIEUR ÉMILE CAZAL

AVOCAT

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. TERRIN

INTRODUCTION

Nous avons eu la bonne fortune de posséder tout dernièrement, à l'hôpital maritime de Toulon, un homme atteint de cysticerque de l'œil. Après l'avoir observé, il m'a paru intéressant de faire quelques recherches sur un cas si curieux dans les annales de l'oculistique. J'ai choisi cette étude comme sujet de ma thèse inaugurale. Une seule observation personnelle constitue un bagage bien léger, avec lequel je n'oserais pas me présenter devant mes Juges, si je ne trouvais mon excuse dans la rareté même des cas observés. C'est dans les Mémoires publiés par des auteurs allemands, et surtout dans l'ouvrage de M. Lemoine sur les parasites de l'organe de la vision, que j'ai puisé la plus grande partie des matériaux de ce travail. Nos excellents voisins, grâce à leur régime alimentaire spécial, paraissent avoir le monopole presque exclusif, mais peu enviable, de ce genre d'affection. Après l'exposé historique de la question, j'ai étudié le cysticerque dans toutes les parties de l'orbite où on a pu le découvrir, en procédant de l'extérieur à l'intérieur. Puis j'ai complété cette étude

par quelques considérations succinctes sur les différents helminthes qui peuvent se loger dans la cavité orbitaire.

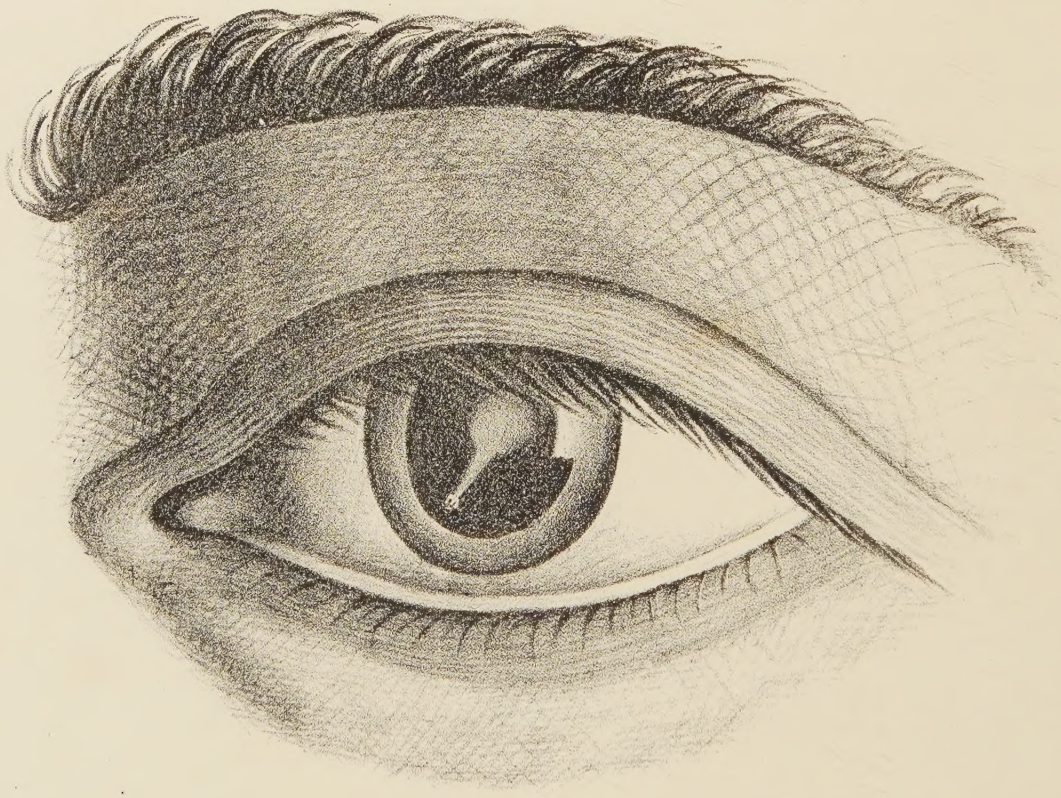
Je dois des remerciements à mes collègues, MM. Randon et Lota, médecins de la marine, pour le précieux concours qu'ils ont bien voulu me prêter, et à mon ami M. Ferrano, dont le crayon habile a si finement reproduit la figure qui complète ce travail. Qu'ils reçoivent ici le juste tribut de ma reconnaissance!

Puisse ce modeste travail, que je recommande à la bienveillance de mes Maîtres, mériter leur indulgence et intéresser ceux qui le liront!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0054

CYSTICERQUE · DE · L'ŒIL



ETUDE

SUR

LE CYSTICERQUE DE L'ŒIL

Historique

De nombreuses observations publiées, depuis le commencement du siècle, par des auteurs sérieux, établissent la possibilité de la présence des helminthes dans l'œil. La découverte de l'ophthalmoscope a levé tous les doutes, en permettant de les apercevoir dans les parties les plus profondes de cet organe. On les a trouvés dans les paupières et les sourcils, sous la conjonctive, dans le tissu cellulaire périorbitaire, dans l'humeur aqueuse, dans le cristallin, entre la rétine et la choroïde, dans le corps vitré. Sur 54 observations relevées dans les publications françaises et étrangères, nous trouvons le siége de la lésion ainsi réparti :

Paupières et sourcils	3 fois
Tissu cellulaire de l'orbite	10 »
Chambre antérieure	9 »
Conjonctive	13 »
Corps vitré	19 »

Ces helminthes se rapportent aux six espèces principales suivantes :

1° Echinococchus hominis ;

2° Monostoma oculi humani;

3° Distoma oculi humani;
4° Filaria oculi humani;
5° Filaria medinensis;
6° Cysticercus cellulosæ.

§ 1. — *Kyste hydatique de l'orbite*

Weldow a parlé, le premier, des kystes hydatiques de l'orbite.

En 1806, il publiait dans *Cases and observations surgery* un cas de tumeur de l'orbite qu'il avait ponctionnée, et d'où il retira, au bout de cinq à six jours, un kyste qu'il prit pour une hydatide. En 1820, un cas semblable s'offrit à Lawrence, et ce chirugien crut aussi à une hydatide. Deux ans plus tard (1822), Delpech traitait à Montpellier une tumeur de l'orbite de même nature, et, dans ses *Cliniques chirurgicales*, où il rapporte le fait, il n'hésite pas à lui donner le nom de *kyste hydatique*. Velpeau, cependant, semble ne pas croire à ces sortes de tumeurs, et, sans parler même du cas de Delpech, il se contente de citer, d'une part, Gutherie et Schmidt; de l'autre, Travers, comme disant en avoir observé. Depuis cette époque, des observations authentiques et vérifiées au microscope sont venues établir l'existence de kystes hydatiques dans le tissu cellulaire de l'orbite. En 1846, Goyrand (d'Aix) rapporte dans le *Bulletin de thérapeutique* un exemple d'acéphalocyste solitaire de l'orbite. La même année, Ansiaux observait un cas semblable d'hydatide au dispensaire ophthalmologique de Liége. Depuis, trois nouveaux cas sont venus s'ajouter à ce dernier : l'un, de Bowmann, s'est offert au *London ophthalmic Hospital ;* l'autre s'est présenté à de Græfe, en 1863, et le dernier enfin a été publié, en 1866, dans l'*Australian medical journal.*

§ 2. — *Filaire de la conjonctive*

Le premier cas de ce genre fut observé en 1762, aux États-Unis, dans l'œil d'un cheval. En 1768, Bajon, exerçant à Cayenne, enleva de

l'œil d'une négresse un jeune dragonneau qui s'était logé entre la sclérotique et la conjonctive. De son côté, Guyot, chirurgien de la marine, en rencontra plusieurs exemples dans les voyages qu'il faisait sur la côte d'Afrique. En 1812, Larrey; en 1832, le Dr Roulin; en 1844, Lonegau, ont publié plusieurs cas recueillis sur des sujets natifs de St-Domingue et d'Afrique. L'observation publiée par Blot, médecin à la Martinique, est très-curieuse, en ce sens que chacun des yeux contenait une filaire qui pouvait passer d'un organe à l'autre. Enfin le dernier fait de filaire sous-conjonctivale qu'on ait publié a été communiqué par Guyon à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 novembre 1864. Nous donnerons plus loin l'observation de notre collègue, M. Lota, médecin de la marine, atteint d'une filaire sous-conjonctivale depuis une campagne qu'il a faite au Gabon.

§ 3. — *Monostoma oculi*

Cet helminthe a été observé une seule fois par Nordmann, qui l'a rencontré (en 1882) dans un cristallin opaque et de consistance molle, qu'on venait d'enlever chez une femme âgée.

§ 4. — *Distoma oculi*

Cet entozoaire, observé et décrit par Gescheitt et Ammon, a été trouvé à Dresde sous la capsule du cristallin d'un enfant de cinq ans, né avec une cataracte lenticulaire. Il en existait quatre de l'espèce, et tous étaient situés entre le cristallin et la capsule, où ils formaient de petites opacités visibles à l'œil nu.

§ 5. — *Filaria oculi humani*

A été découvert deux fois par Nordmann, dans des cristallins caractérisés qu'on venait d'extraire.

§ 6. — *Cysticercus cellulosæ*

C'est en 1829 qu'on observe pour la première fois, pendant la vie, un de ces entozoaires dans l'organe de la vision. Il fut découvert, à peu près à la même époque, par Schott et Sœmmening, dans la chambre antérieure de l'œil, chez une jeune fille qui venait d'avoir une ophthalmie. Publié en 1830, ce fait attira l'attention des médecins. Deux ans après, Logan, donnant ses soins à une jeune fille atteinte d'inflammation de l'œil, fut tout étonné de voir dans la chambre antérieure un corps presque sphérique, demi-transparent, animé de mouvements propres et qui ne pouvait être qu'une hydatide vivante.

En 1838, Baum, opérant à Dantzig une tumeur de la conjonctive, vit s'échapper la vésicule caudale d'un cysticerque, dont la tête et le corps étaient invaginés. Dans la même année, Hering observait un cas analogue, et, de son côté, Estling publiait une observation de tumeur de la conjonctive, constituée aussi par un cysticerque. En 1841, Cunier publia dans les *Annales d'oculistique* le fait très-curieux d'un cysticerque occupant la conjonctive cornéenne, et, pour la première fois, on porta le diagnostic de cysticerque de la conjonctive.

En France, on n'avait pas encore eu l'occasion d'observer cette singulière maladie, lorsque, par l'effet du hasard, plusieurs cas se présentaient à Sichel père, à des intervalles peu éloignés. De 1842 à 1854, les différents journaux de médecine ont publié bon nombre de faits de cysticerques, tant dans la chambre antérieure de l'œil que sous la conjonctive et dans les paupières.

Avec l'invention de l'ophthalmoscope, on devait s'attendre à découvrir tôt ou tard l'entozoaire dans les parties profondes de l'œil. C'est en Allemagne, où ce parasite existe dans des proportions beaucoup plus considérables que partout ailleurs, que le premier fait de ce genre a été observé. En 1854, de Græfe publiait dans ses *Archives d'ophthalmologie* un mémoire sur le cysticerque dans la rétine, et an-

nonçait en même temps la découverte qu'il venait de faire d'un cysticerque du corps vitré. En présence des effets funestes produits par ce ver, l'idée de l'extraire lui vint de bonne heure, et, en 1856, il retira avec succès un cysticerque flottant librement dans le corps vitré. Dans l'espace de treize années, de Græfe observa 80 cysticerques sur 80,000 malades ; ils étaient ainsi répartis :

Chambre extérieure	3 fois.
Conjonctive.	5 »
Orbite	1 »
Cristallin.	1 »
Corps vitré	70 »

En France, de pareils exemples se sont montrés assez rarement. Desmares père a, le premier en notre pays (1856), observé un cysticerque dans les parties profondes de l'œil. Deux ans plus tard (1858), Follin faisait voir, dans son service, cet helminthe logé dans le corps vitré. En 1872, M. Poncet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a communiqué à la Société de biologie une note sur un cas de cysticerque de l'œil logé entre la choroïde et la rétine, accompagné d'un décollement de la rétine. Enfin M. Sichel, qui, le premier, a extrait du corps vitré un cysticerque vivant (1872), dit que MM. Trélat et Meyer ont aussi rencontré, une fois chacun, un cysticerque dans les parties profondes de l'œil. Nous sommes heureux d'ajouter à cette courte énumération le cas de cysticerque du corps vitré que nous avons observé dans la clinique de M. Barthélemy, médecin en chef de la marine, et dont nous donnons plus loin la relation.

DIVISION

Parmi les entozoaires dont nous venons de parler, le cysticerque est, sans contredit, le plus important à connaître ; aussi son histoire nous occupera-t-elle d'une façon toute particulière. Nous avons adopté la division de M. Lemoine, qui nous a paru la plus naturelle ; avec lui, nous allons suivre le cysticerque dans toutes les parties de l'œil où l'observation a pu le découvrir, et nous terminerons cette étude par quelques mots sur les autres parasites animaux.

CHAPITRE PREMIER

§ 1. — *Du Cysticerque en général*

Le cysticerque de la cellulosité est un helminthe à ampoule caudale. Il se développe fréquemment chez le cochon, où il produit l'affection connue sous le nom de *ladrerie;* chez l'homme, il constitue la larve du *tænia solium.* On le trouve dans un kyste ellipsoïde ou arrondi, un peu fibreux, formé aux dépens de l'organe qui nourrit le parasite. Ce kyste contient une seconde vésicule, pourvue d'une ouverture, au pourtour de laquelle adhère une troisième poche qui renferme le ver attaché à cette dernière. La tête et le cou sont habituellement enfermés dans l'ampoule; mais ils peuvent en sortir en entier ou en partie, suivant la volonté de l'animal. La tête présente quatre suçoirs, placés sur autant de mamelons, et une proboscide terminale entourée d'une double couronne de crochets, au nombre de trente-deux. Le cou est plus ou moins long et formé d'articles serrés. Quand la tête est rentrée, l'ouverture apparaît sous la forme d'un petit ombilic, qui semble en touré d'une sorte de sphincter plus ou moins blanc. Sous cette tache se trouvent contractés la tête et le cou. Ces kystes offrent un grand diamètre de 15 à 20 millimètres, et un petit de 5 à 6. Les parois du kyste, d'abord minces et celluleuses, s'épaississent ensuite et finissent par acquérir la consistance d'une membrane fibreuse ou même d'un fibro-cartilage. Elles sont parfois envahies par des dépôts calcaires disséminés.

Au point de vue de leur origine, on admet généralement que les vers cestoïdes proviennent d'œufs de tænia ingérés avec les aliments ou avec les boissons. Ces hydatides pénètrent avec l'usage de la chair de porc, qui en est si souvent infectée, surtout quand cette viande est mangée crue ou simplement salée ou fumée, ou bien quand elle a été mal cuite. Une fois parvenu sur un terrain convenable, l'embryon exacanthe contenu dans les œufs est mis en liberté par l'action des sucs intestinaux sur leur enveloppe. A ce moment, le petit être perfore les parois de l'intestin au moyen de ses spicules, s'y fixe et acquiert un grand développement.

Nous devons maintenant nous demander quelle est la voie suivie par un animalcule de la grosseur d'un pois ou d'une fève pour se loger dans l'œil. On est en droit de supposer, par le nombre de larves trouvées dans les différents parenchymes, que l'embryon exacanthe mis en liberté est repris par le système circulatoire, et amené par le sang dans le système capillaire du tissu cellulaire sous-cutané du cœur, du cerveau, de l'œil, pour se transformer en un cysticerque plus volumineux. D'autre part, le cysticerque oculaire est, dans la grande majorité des cas, sous-rétinien au début, et ce n'est qu'après avoir soulevé, perforé la membrane sensible de l'œil, qu'il envahit les milieux de cet organe. Outre le transport par les canaux sanguins, il convient donc d'admettre, pour expliquer les mouvements ultérieurs subis par l'animalcule, un mouvement de progression dans l'épaisseur des tissus. Si le cysticerque est plus fréquent dans le corps vitré et sous la rétine que dans l'iris et la chambre antérieure, cela s'explique par le nombre plus considérable des vaisseaux ciliaires.

§ 2. — *Du Cysticerque dans les paupières*

On ne trouve dans les auteurs que quatre observations de cysticerque dans les paupières. Le diagnostic ne fut jamais posé avant l'extirpation; mais, de l'étude des différentes relations publiées, on peut

tirer certains caractères qui permettent de soupçonner l'existence du parasite.

En 1846, J. Sichel observe à sa clinique un cas de cystircerque de la paupière supérieure. La tumeur, de la grosseur d'une lentille, était dure, rénitente lisse, semi-transparente et sans aucune fluctuation. Elle était incrustée dans la paupière, entre la peau et le tarse, dont elle semblait contourner le bord inférieur ; sa surface était formée par la peau distendue et un peu décolorée ; elle ne déterminait par sa présence aucune douleur spontanée ou par la pression. J. Sichel crut avoir affaire à un kyste séreux, erreur d'autant plus pardonnable qu'on ignorait à cette époque que le cysticerque pût se loger dans les paupières. La tumeur en différait cependant par sa forme plus transversalement allongée, son volume un peu plus fort, sa transparence moins parfaite et la circonstan ce qu'elle était recouverte par la peau distendue, et non par l'épiderme seul, comme le sont ordinairement les kystes séreux du bord libre palpébral. La ponction fut faite et donna issue d'abord à un liquide d'une grande limpidité, puis à un corpuscule d'un blanc un peu bleuâtre, semi-transparent, et muni à la face interne d'un prolongement solide, opaque, d'un blanc plus mat.C'était évidemment un cysticerque ladrique, et le microscope vint confirmer cette opinion.

L'observation de M. Sichel fils, publiée en 1871, porte sur un cas de cysticerque du tissu cellulaire de la région du sourcil. La tumeur, dont les caractères offrent la plus grande ressemblance avec ceux que nous venons de signaler, présente cependant quelques différences qu'il importe de connaître au point de vue du diagnostic. Le début de l'affection est marqué par de violents maux de dents et une hémicrânie du même côté. Quelques jours après, on aperçoit la présence d'une petite tumeur du volume d'une lentille, qui grossit d'une façon continue, mais lente d'abord, puis plus rapide, jusqu'au point de présenter la grosseur d'une noisette. La pression exercée sur la tumeur ne détermine pas de douleurs locales, mais réveille les maux de dents et produit une sensation de tiraillement dans l'œil. Le siége de la tu-

meur, à un travers de doigt environ au-dessous de l'arcade sourcilière et vers le tiers interne de cette arcade, c'est-à-dire sur le trajet de la branche ascendante du frontal externe, explique suffisamment la névralgie persistante du trijumeau. Le tissu cellulaire lâche de la région nous donne la raison de l'accroissement progressif du néoplasme. Pouvait-on penser à l'existence d'un névrome ou d'un kyste comprimant le nerf frontal? L'extrême mobilité de la tumeur, l'absence de douleurs vives à la pression, d'une part; l'absence de fluctuation et l'excessive dureté de la tumeur, d'autre part, écartaient également cette idée. Les douleurs éprouvées par le malade étant intolérables, le Dr Sichel pratiqua l'énucléation du kyste. La tumeur, rompue, donna issue à un liquide hyalin, puis à un petit corps blanc allongé, qui semblait se mouvoir. Placé sous le microscope, on put voir les crochets de l'entozoaire, dont la vésicule caudale s'était rompue et vidée

Dans les deux autres observations publiées par J. Streatfield et Edwin Canton, le cysticerque était logé derrière la paupière supérieure. La tumeur avait à peu près le volume d'une noix, était très-mobile, et, lorsqu'on la comprimait, elle s'enfonçait dans l'orbite, pour reparaître dès que le doigt l'abandonnait, sa surface était très-unie. Le kyste fut aisément enlevé; dès qu'on l'ouvrit, il s'en échappa une petite quantité d'un fluide puriforme, au milieu duquel flottait une petite vésicule transparente, qui n'était autre chose qu'un cysticerque.

Ainsi donc, de la région dépendra un peu le volume de la tumeur, qui peut aller de celui d'une lentille à celui d'une petite noix. De plus, dans toutes les observations, le kyste a laissé échapper, soit après son incision, soit par suite de sa déchirure, une petite quantité de liquide séreux, plus ou moins puriforme, entraînant avec lui le parasite. Enfin, dans tous les cas, on a fait l'extirpation de la tumeur, seul mode de traitement qui convienne en pareil cas (Lemoine).

§ 3. — *Du Cysticerque sous-conjonctival*

Depuis la relation faite par Baum, en 1838, d'un cysticerque trouvé sous la conjonctive, des cas nombreux se sont produits en Allemagne.

En France, on ne connaît que six faits de ce genre ; ils ont été observés par le docteur Sichel et publiés dans la *Gazette des hôpitaux*.

Cette affection présente des caractères assez tranchés, que nous trouvons admirablement décrits par J. Sichel dans son *Iconographie ophthalmologique :* « On pourra se prononcer sans hésitation, dit cet » auteur, sur la présence d'un cysticerque sous la conjonctive, tou- » tes les fois qu'on trouvera vers l'un des angles, et plus ou moins » rapprochée du diamètre transversal de l'hémisphère antérieur de » l'œil, une tumeur recouverte par la conjonctive, arrondie, rose » pâle, semi-diaphane, ou l'on reconnaîtra presque toujours un dis- » que blanchâtre ou jaunâtre circonscrit ; que cette tumeur sera d'un » rouge plus foncé et plus vascularisée à sa circonférence ; élasti- » que, mais peu dure, se déplaçant latéralement dans une certaine » étendue, mais adhérente par le centre de sa face postérieure à la » sclérotique. Il n'existe aucune douleur spontanée ; quelquefois seule- » ment le malade accuse la sensation d'une légère pression ou d'une » gêne, lorsque les paupières se rapprochent. Au toucher, la tumeur » ne montre que la sensibilité ordinaire de la conjonctive. La vision » n'éprouve point de troubles réels, mais seulement, dans quelques » cas exceptionnels, une gêne plus ou moins grande, dépendant de » la position du kyste. »

Quelques-uns des symptômes que nous venons d'énumérer ont une grande importance et méritent de fixer notre attention. La tumeur est située le plus souvent à l'angle interne de l'œil ; elle présente à sa partie centrale une tache jaune ou rose pâle, due, d'après Sichel, à la rétraction dans la vésicule caudale de la tête et du cou de l'animal. Cependant elle peut manquer lorsqu'elle est masquée par l'épaississement de la conjonctive, ou lorsqu'elle se trouve cachée derrière le pli semi-lunaire. La coloration de la tumeur s'accentue de plus en plus à partir de son centre, pour devenir d'un rouge très-vif à sa circonférence, où la conjonctive, très-fortement injectée, lui imprime un aspect analogue à celui du pannus. Enfin ces kystes parasitaires se développent avec la plus grande rapidité, sans faire éprouver au malade au-

cune douleur, sauf la sensation d'une gêne dans l'œil. La vision n'est nullement affectée; il n'y a pas d'ophthalmie proprement dite, mais une petite injection très-circonscrite, due probablement à l'arrivée de l'entozoaire, et qui, d'ailleurs, se dissipe rapidement.

Parmi les tumeurs de la conjonctive, il n'y a que le dermoïde et les kystes séreux qu'on pourrait confondre avec la maladie qui nous occupe. Or le dermoïde siége constamment sur le bord de la cornée et les parties environnantes de la sclérotique. Très-souvent il est garni de poils, et la plupart des cas observés se rapportent à des altérations congénitales. Quant aux kystes séreux de la conjonctive, leur caractère principal est d'être placés transversalement dans les replis palpébro-oculaires, soit supérieur, soit inférieur (J. Sichel).

Le traitement de cette affection est entièrement chirurgical, et jamais l'opération n'a été suivie d'accidents graves. Voici comment Sichel le pratique : le malade est couché sur le lit à opérations, la tête maintenue par un aide et les paupières fixées avec des écarteurs. Il saisit la conjonctive avec une pince fixe à dents, divise la portion qui recouvre la tumeur par une incision parabolique et la dissèque ensuite dans toute son étendue. Il sectionne dans un second temps le tissu dense et résistant qui unit entièrement la face profonde du kyste à la sclérotique, en ayant bien soin de ménager les tendons des muscles de l'œil qui pourraient se trouver à proximité. La tumeur extirpée, il applique tout simplement sur l'œil un linge humide, de la charpie et un monocle. La réunion est opérée en quarante-huit heures, car il est bien rare que le traumatisme détermine une vive réaction, dont un traitement approprié arrêterait bientôt la marche.

§ 4. — *Du Cysticerque dans la chambre antérieure*

C'est dans cette partie que le cysticerque a été découvert pour la première fois. Les auteurs anglais et allemands, Mackenzie et Sœmmering, de Græfe, nous ont seuls donné la description des faits ob-

servés. Ici le diagnostic est rendu assez facile par la transparence de la cornée et par l'absence du kyste autour de l'entozoaire.

Dans la chambre extérieure, le cysticerque se présente sous l'apparence d'un petit corps sphérique, transparent, d'un reflet grisâtre. Cette partie globulaire, qui frappe tout d'abord l'attention de l'observateur, n'est autre chose que la vésicule caudale, munie sur une partie quelconque de sa surface, mais généralement en bas et en avant, d'un prolongement plus ou moins développé. Ce prolongement est formé par le cou et la tête de l'entozoaire, et contraste fortement, par sa couleur blanche et opaque, avec la semi-transparence de la vésicule. Le plus ordinairement, il se trouve situé à la partie inférieure de la chambre antérieure, sa forme sphérique ne lui permettant pas toutefois d'occuper le sinus formé par l'iris et la cornée.

En examinant attentivement la vésicule, on reconnaît qu'elle est douée de petits mouvements spontanés; par de légères contractions, on la voit de temps en temps changer de forme; de sphérique qu'elle était, elle devient ovale ou piriforme. Mais c'est surtout dans le corps de l'animal que ces mouvements sont manifestes. On trouve généralement le cysticerque dans une position telle, que le corps et la tête sont dirigés vers le point le plus déclive de la chambre antérieure, ces différentes parties de l'animal ayant une pesanteur spécifique plus considérable que la vésicule. On l'aperçoit lançant la tête, par un allongement du corps, jusqu'au fond de la chambre antérieure, pour se rétracter ensuite jusqu'à la vésicule. Lorsqu'il est libre de toute adhérence avec l'iris, on peut lui faire éprouver un mouvement de révolution; en inclinant en arrière la tête du patient de manière que le bord supérieur de la cornée soit plus bas que l'inférieur, le cysticerque se retourne tout doucement, la tête pendant du côté du bord cornéal supérieur et la vésicule se trouvant en rapport avec le bord supérieur de la pupille.

Lorsque l'entozoaire a acquis un volume assez considérable, il ne peut plus flotter librement dans l'humeur aqueuse, et sa vésicule conserve constamment les mêmes rapports avec les différents points de la

chambre antérieure. Dans ce cas, le corps, qui prend un développement proportionnel à celui de la vésicule, permet à l'animal de lancer la tête, tantôt du côté nasal, tantôt du côté temporal. On conçoit qu'il en sera de même lorsque, par suite d'un exsudat, la vésicule aura contracté des adhérences avec l'iris, ainsi que Græfe l'a remarqué dans un cas.

En concentrant la lumière sur l'animal au moyen d'une lentille à court foyer, on arrive à distinguer facilement les quatre suçoirs dont sa tête est garnie, ainsi que les rides transversales du cou.

Rarement le cysticerque développé dans la chambre antérieure a occasionné des douleurs, à moins qu'il ne soit accompagné de complications; il apporte seulement à la vision du malade un obstacle en rapport avec son développement. Lorsqu'il est assez grand pour masquer complétement la pupille, l'œil ne reconnaît aucun objet; il distingue seulement la lumière de l'obscurité. L'hydatide est-elle assez petite pour laisser à découvert la partie supérieure de la pupille, le malade aperçoit les objets placés au-dessus du plan horizontal. Parfois les objets deviennent perceptibles sous l'influence des mouvements spontanés de l'entozoaire, qui modifient sa configuration.

La présence du cysticerque dans la chambre antérieure peut donner lieu à des accidents, tels que douleurs ciliaires, kératite, iritis surtout, ainsi que l'ont observé de Græfe, Logan, Mackenzie. Aussi doit-on faire au plus tôt l'extraction de l'entozoaire par la kératotomie. On a essayé, il est vrai, les anthelmintiques (santonine, calomel), en instillation dans l'œil et par la voie endermique, mais sans résultat bien marqué. Au surplus, si on parvient, par ce mode de traitement, à faire périr le cysticerque, n'a-t-on pas à craindre que, même après sa mort, en agissant comme corps étranger, il ne détermine les mêmes accidents qu'on observe pendant la vie ?

Pour extraire le cysticerque, on fait, avec un couteau à cataracte, une incision à la cornée, soit à la partie inférieure, soit à la partie externe, suivant la position de l'entozoaire. S'il est de petit volume, l'humeur aqueuse l'entraînera avec elle. Dans le cas contraire, on peut

exercer quelques petits frottements sur la cornée avec la curette de Daviel. Si l'animal n'était pas expulsé, il faudrait aller le saisir directement avec des pinces courbes ou l'attirer en dehors avec un crochet mousse, ainsi que Mackenzie l'a pratiqué deux fois. Il arrive quelquefois que l'iris fait hernie par les bords de la plaie; si, par de douces frictions sur la paupière supérieure fermée, on ne parvient pas à faire rentrer cette membrane, il y a indication formelle de faire l'excision de ce lambeau, pour éviter les accidents consécutifs à un enclavement de l'iris (Lemoine).

§ 5. — *Du Cysticerque dans le cristallin*

Le seul cas de cysticerque dans l'appareil cristallinien a été rapporté par de Græfe dans sa *Clinique ophthalmologique*. Nous ne saurions mieux faire que de citer en entier cette observation si curieuse.

Observation I^re^

M^me^ Sophie G..., âgée de quarante-deux ans, se présente à la clinique, en novembre 1884, pour cécité de l'œil gauche, survenue au mois de juin de la même année, dans l'espace de trois semaines, avec de légers phénomènes d'irritation.

Depuis le commencement du mois de juillet, la malade n'éprouvait plus de douleurs, mais ne possédait plus de perception lumineuse quantitative. A l'examen de l'œil, on pouvait constater une cataracte corticale molle, complétement formée; il existait des synéchies postérieures isolées; la consistance du globe oculaire était considérablement diminuée; la perception lumineuse n'était pas trop défectueuse, ni aussi tout à fait précise; la projection et les phosphènes étaient conservés. Je portai le diagnostic: « irido-cyclite, avec affection du

» corps vitré et cataracte secondaire. » Quoiqu'on eût présenté le résultat d'une opération comme peu important et même douteux, la malade désira être opérée, parce qu'elle avait souffert quelques jours auparavant d'une forte névralgie ciliaire et de sensibilité douloureuse de l'œil au toucher. Je pratiquai avec un large couteau lancéolaire une grande incision linéaire par en haut; je fis l'excision d'une large portion d'iris; j'ouvris la capsule, et, à l'aide d'une légère pression exercée avec la curette sur les bords de la plaie, la cataracte très-ramollie fut rapidement expulsée. La quantité normale de cristallin parut avoir été évacuée, et cependant la pupille restait toujours marquée par un corps blanchâtre, dont on ne pouvait bien distinguer les détails à cause d'une légère hémorrhagie. Par une pression ménagée, je fis sortir une vésicule transparente de six millim. de diamètre, portant une petite tache blanche peu élevée. Je supposai que c'était là un cysticerque, et, en effet, le microscope le fit reconnaître comme tel. Après l'expulsion de la vésicule, les masses blanches avaient disparu du champ pupillaire, mais on y voyait de fines membranes jaunâtres, en rapport, à ce qu'il me parut, avec la capsule postérieure, ou situées, du moins, immédiatement en arrière. Avec un crochet, je déchirai ces membranes, ainsi que la capsule postérieure, et il en sortit un peu d'humeur vitrée liquéfiée et jaunâtre.

Le résultat fut aussi favorable que possible : les opacités du corps vitré s'éclaircirent, la consistance du globe oculaire devint normale, et la malade, après six semaines, annonçait une amélioration sensible de la vue.

Quant au siége de ce cysticerque, on pourrait hésiter à le placer, soit dans le cristallin, soit immédiatement en arrière. La dernière opinion ne serait admissible qu'à la condition de supposer en même temps la destruction de la capsule postérieure par l'entozoaire ou par le processus morbide; mais rien, pendant l'opération, n'indiqua une lésion de la capsule postérieure. Toujours est-il qu'au moment de l'opération, nous avions affaire à un cysticerque du cristallin.

La malade ne pouvait fournir d'indications exactes sur le début de la

cataracte; cependant elle était sûre que déjà au mois de juillet, peu de temps après la perte de la vision, on s'était aperçu de la tache qui masquait la pupille. La formation rapide de la cataracte me paraît, d'ailleurs, d'autant plus admissible, que la seule affection du corps vitré n'aurait pu abolir les fonctions d'une manière aussi complète. En nous appuyant sur le fait que l'iritis ou l'iridocyclite ne conduisent que lentement à la formation d'une cataracte, nous serions autorisé, dans notre cas, à conclure que l'entozoaire avait habité le cristallin dès le début de l'affection, ou bien qu'après un court séjour dans le corps vitré, il avait perforé l'hyaloïde et la capsule postérieure et était entré ainsi en communication avec le cristallin.

§ 6. — *Du Cysticerque entre la choroïde et la rétine*

En Allemagne, de Græfe, Wecker et Jæger; en France, Sichel et Giraud-Teulon, ont publié plusieurs observations de cysticerque logé entre la choroïde et le rétine. La dernière observation date de 1872; elle a été communiquée à la Société de biologie par Poncet, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Nous allons essayer de décrire les symptômes de cette maladie, en nous appuyant sur les observations faites par ces différents auteurs.

Le premier phénomène qui se présente, en général, est un affaiblissement de la vue dans l'œil affecté. C'est un léger voile qui s'étend au-devant de l'organe et l'obscurcit en totalité ou en partie. D'autres fois, un point circonscrit du champ visuel est seul lésé; le malade a constamment devant l'œil une boule noire occupant toujours la même position. Comme symptôme initial, le malade est quelquefois tracassé par des mouches volantes ou par une photopsie qui ne tarde pas à être remplacée par une tache obscure. Quoi qu'il en soit, le mal s'aggrave bientôt, le scotome s'accentue insensiblement ou par saccades, et, au bout de quelques semaines, la vision est complétement abolie, ou tout au plus existe-t-il une légère perception dans une partie du champ

visuel. Quelquefois on a noté aussi au début de l'affection une céphalalgie assez violente, accompagnée d'élancements dans l'œil, existant d'une manière constante ou revenant par exacerbations. De Græfe explique les intermittences dans l'acuité visuelle et dans le paroxysme des douleurs, par ce fait que le cysticerque, logé d'abord derrière la rétine, avait fini par perforer le tissu nerveux pour pénétrer dans le corps vitré.

Si l'entozoaire n'a pas provoqué de phénomènes inflammatoires, extérieurement on ne remarque rien de particulier à l'œil, qui a conservé sa tension normale. La pupille est paresseuse, ne se contracte que lentement et seulement par action réflexe ; car, en soustrayant l'œil sain, on voit que la pupille du côté malade est devenue insensible et ne réagit plus à la lumière.

A l'examen ophthalmoscopique, le cysticerque s'est présenté au début sous l'apparence d'une tache bleu grisâtre, d'un diamètre à peu près double de celui de la pupille. A mesure que l'animal prend de l'accroissement, cette opacité augmente en étendue et en épaisseur, et on voit bientôt la rétine, poussée vers la membrane hyaloïde, proéminer distinctement au fond de l'œil. C'est que l'animal produit le même effet qu'un corps étranger ordinaire. Un liquide nouveau a été sécrété entre la choroïde et la rétine, et a produit le décollement de la rétine. On voit alors une tumeur parfaitement limitée, sauf sur un point, où elle se termine par un cône bleuâtre avec des bords frangés, ondulés. Sur toutes ces saillies et replis, il est aisé de suivre les veines et les artères qui sortent de la papille et se distribuent normalement en avant de la rétine. La présence de ces vaisseaux est le signe pathognomonique de la position du cysticerque.

Généralement, l'ophthalmoscope permet de distinguer les mouvements caractéristiques de l'animal; on reconnaît que la vésicule est animée de petites contractions, et on voit le col et la tête s'allonger et se rétracter alternativement. Toutefois il peut se faire que les mouvements propres du cysticerque ne puissent être perçus, comme dans le cas de Poncet, où l'helminthe avait la tête tournée vers la papille et

non vers le cristallin. Le plus souvent alors, on trouvera sur la vésicule un point tranchant par la couleur mate sur la couleur bleu verdâtre de la tumeur.

Placé entre la rétine et la choroïde, le cysticerque ne conserve pas indéfiniment la même position. Il peut, de la partie supérieure, descendre jusqu'aux parties inférieures de l'organe, comme entraîné par son propre poids. Si la rétine demeure entièrement appliquée sur l'entozoaire, celui-ci, dans sa marche, dépouillera du pigment les différentes parties de la chroroïde avec lesquelles il aura été successivement en contact. Une décoloration de la face interne de la membrane choroïdienne et une couche de nouvelle formation seront la conséquence de cette irritation lente et circonscrite. Mais si, dès le commencement, il se forme une exsudation sous-rétinienne, le cysticerque, flottant librement au milieu du liquide, pourra ne laisser sur la choroïde que des traces peu marquées de son passage.

Tous ces symptômes, que l'ophthalmoscopie nous permet de constater, pourraient faire croire à une choroïdite exsudative ou bien à une choroïdo-rétinite. Mais les affections de la choroïde et de la rétine offrent presque toujours une grande tendance à se propager, et on voit bientôt ces altérations envahir graduellement les parties avoisinantes. Les troubles fonctionnels sont naturellement en rapport avec ces difrentes lésions et s'accentuent à mesure qu'elles progressent. Dans le cas de cysticerque, au contraire, les altérations restent parfaitement localisées, et les défauts de la vue qui en dépendent sont bornés, par suite, aux points correspondants du champ visuel.

Cette affection entraîne toujours un pronostic fâcheux, et l'énucléation de l'œil est le seul traitement qui puisse être recommandé en pareille circonstance.

Nous ne pouvons résister au désir de donner ici l'observation de Poncet, particulièrement intéressante par ce fait qu'elle est la seule où le microscope a vérifié le diagnostic.

Observation II

Durand (Philibert), né à Saint-Eusèbe (Saône-et-Loire), âgé de vingt-

six ans, soldat au 62me régiment de ligne, entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 6 juillet 1872, évacué de l'hôpital maritime de Lorient. Homme robuste, ayant toujours joui d'une bonne santé. Fait prisonnier à Metz, le 29 octobre 1870, il reste, dans cette circonstance, trois jours couché dans l'eau et la boue, nourri de viande de porc qu'il mange sans être cuite, le bois faisant défaut.

Le 1er novembre, le malade eut les yeux rouges; la lumière lui était difficile à supporter. Cette affection disparut seule quelques jours après. Pendant sa captivité, Durand fut encore nourri presque exclusivement avec de la viande de porc. Déjà à cette époque, il eut souvent des troubles passagers de la vue, qui disparurent et revinrent à des intervalles éloignés, même après sa rentrée en France.

En mai 1872, les mêmes douleurs qu'il a ressenties en Allemagne se montrent avec plus d'intensité; la vue s'obscurcit dans l'œil gauche. Le 15 du même mois, étant en faction, il ferme l'œil droit et reconnaît avec un certain étonnement qu'en regardant sa main droite il n'en voit qu'une moitié, l'autre est masquée par un écran noir.

Pour ce motif, il entra à l'hôpital de Lorient, dont il fut évacué sur le Val-de-Grâce avec le diagnostic : « Cysticerque de l'œil », porté par le chirurgien-major du corps. Mon collègue, M. le professeur Mathieu, qui faisait à cette époque le service, crut pouvoir confirmer ce diagnostic et dessina une image ophthalmoscopique du fond de l'œil représentant les détails suivants : en bas et en dedans (image renversée) existe une tumeur de forme sphérique, avec point central proéminent et brillant; elle est de couleur blanc bleuâtre, parfaitement limitée, sauf en bas, où elle se termine par un cône d'une largeur à peu près égale au rayon de la vésicule ; ce cône bleuâtre a des bords frangés, ondulés. Sur toutes ces saillies, vésicules et replis, il est aisé de suivre les veines et les artères qui sortent de la papille et se distribuent normalement en avant de la vésicule. Sur les replis qui occupaient la région de la tache jaune se trouvaient cinq à six points hémorrhagiques. En dehors de la tumeur, le corps vitré et le cristallin étaient parfaitement sains.

Malgré toutes les présomptions que faisait naître l'examen de l'œil en faveur d'un cysticerque, il manquait un point essentiel à la conviction: nous voulons parler des mouvements propres de l'animal, qui jamais n'avaient été perçus. Cette circonstance fit pencher vers l'hypothèse d'une tumeur née dans la choroïde et devant être soupçonnée fibro-sarcomateuse, parce qu'elle ne subissait pas une évolution rapide.

Cependant, malgré l'absence de phénomènes inflammatoires, la vue s'affaiblissait de plus en plus, sans rougeur de la conjonctive, sans iritis; elle finit par s'éteindre complétement en janvier 1873. Le 10 mai, l'œil s'enflamme et devient le siége de douleurs profondes, lancinantes, s'irradiant vers la tempe et le front; l'œil droit lui-même souffrait. Ces douleurs cédèrent au calomel, aux sangsues, à l'atropine. Le corps vitré se troubla peu à peu; l'iris perdit sa couleur, du bleu il passa au jaune verdâtre, et resta bientôt insensible à l'action de l'atropine et de la lumière. Vers la fin de juin, apparaît une nouvelle poussée inflammatoire; la tension oculaire augmente, les douleurs s'irradient vers l'œil droit. Un traitement énergique fait encore disparaître ces accidents.

Au 1er septembre, je constate les symptômes suivants: la conjonctive et la cornée sont rouges. L'iris, insensible à l'atropine et à la lumière, est jaune vert, celui du côté opposé est bleu. Le globe oculaire gauche, comparé à celui du côté droit, est ramolli à un haut degré. La perte de la vision est absolue à gauche; le malade ne distingue pas même le soleil de la nuit. Avec un miroir simple, on reconnaît aisément très-près de l'iris des opacités du corps vitré, des hémorrhagies en nappe qui réfléchissent la lumière, mais ne permettent plus l'examen des parties profondes. Avec un éclairage très-vif, on ne voit en aucun point ni rétine, ni choroïde. Aucun mouvement propre n'est perçu dans cette masse opaque. L'œil droit est sain.

Le 11 septembre, le malade se plaint de douleurs de tête vives, avec élancement s'irradiant vers l'œil droit; pour la première fois, celui-ci est devenu rouge (purgatifs, atropine, diète, onctions belladonées).

Jusqu'au 18, les douleurs diminuent, mais sans disparaître complétement ; le 19, elles augmentent encore, et nous proposons l'énucléation au malade, qui l'accepte. Je la pratiquai le 20, suivant la méthode sous-conjonctivale. Les suites de l'opération ont été des plus simples : le lendemain, les douleurs du côté droit avaient cessé pour ne plus reparaître, et, vingt jours après, le moignon mobile recevait un œil artificiel. Durand est aujourd'hui totalement guéri et retraité.

Immédiatement après son extraction, l'œil fut plongé dans le liquide de Müller, où il resta un mois. Je procédai alors à l'examen, dont voici les résultats :

L'œil a sa forme et ses dimensions normales ; il n'est plus ramolli, comme pendant la vie. Une section, pratiquée verticalement un peu en avant de l'équateur, montre toutes les humeurs coagulées et jaunies par le liquide de Müller, à l'exception d'une petite partie centrale restée transparente.

Nous décrirons la surface de section de chaque hémisphère :

Hémisphère antérieur. — La sclérotique est unie à la choroïde ; mais, sur plusieurs points, celle-ci est séparée de la rétine par une substance gélatineuse de 2 à 4 mill. d'épaisseur. La rétine ne constitue pas un liséré blanc régulier. La coupe en a sectionné plusieurs lames repliées, qui s'étendent dans une seconde substance gélatineuse interne, rouge en quelques points. Au centre de cette seconde coagulation, le corps vitré occupe encore un espace où il est transparent et laisse voir le cristallin entouré de la couronne des procès ciliaires. En dedans de la rétine, en dehors du point transparent du corps vitré, au milieu de la substance interne coagulée, existe une petite cavité, d'où s'est écoulé à la section un liquide séreux incolore. Les parois de cette cavité contiennent la moitié d'une vésicule, laquelle porte à son extrémité la plus antérieure une petite rugosité mamelonnée, sans organisation apparente. En l'enlevant, ce qui s'effectue sans déchirer d'adhérences, nous voyons encore les parois rugueuses, blanches, épaissies, d'un kyste creux dans le corps vitré.

Hémisphère postérieur.— Cet hémisphère présente des dispositions

analogues, avec quelques légères différences : même décollement entre la choroïde et la rétine, plus étendu toutefois ; mêmes replis de la rétine dans la partie gélatineuse interne, laquelle présente une partie centrale transparente et recouverte de plaques hémorrhagiques. Au niveau du muscle droit externe, se trouve la deuxième portion de la cavité sectionnée ; elle est formée d'une paroi propre, creusée dans le corps vitré altéré, et contient la moitié d'une petite vésicule. Celle-ci s'enlève très-aisément ; elle porte en arrière un petit renflement saillant aussi dans l'intérieur de la vésicule. Ce kyste est nettement placé par son bord interne dans le corps vitré. Quant à la paroi externe, il est impossible à l'œil nu de savoir si elle appartient à la choroïde, à la rétine, ou si elle est située en dedans de celle-ci. La vésicule entière mesure 7 millimètres de diamètre transversal et 9 dans le sens antéro-postérieur ; le tubercule allongé qui fait saillie dans la direction de la papille a un quart de millimètre de large et dépasse de 2 millimètres. La paroi de la vésicule est très-fine ; elle n'est pas stratifiée en lamelles.

En examinant à la loupe le tubercule postérieur, on remarque une petite ouverture linéaire, et une section faite pour pénétrer dans cette bouche nous fait reconnaître un petit corps rappelant par sa forme l'extrémité d'un cysticerque. Il est, sans plus tarder, placé sous le microscope, et nous constatons la tête d'un cysticerque à deux rangées de crochets et avec ses ventouses.

§ 7. — *Du Cysticerque dans le corps vitré*

De Græfe pense que le cysticerque débute généralement entre la choroïde et la rétine, mais il reste convaincu que l'helminthe peut se développer aussi d'emblée dans le corps vitré. Tous les auteurs ne partagent pas l'opinion du professeur de Berlin. Toutes les fois qu'on a pu observer la première apparition de l'entozoaire dans les parties profondes de l'œil, c'est toujours derrière la rétine qu'on l'a trouvé

logé, et souvent, en assistant à l'évolution du parasite, on l'a vu perforer cette membrane et tomber dans l'espace hyaloïdien. Wecker et Jæger ont donné, avec planches à l'appui, l'observation d'un malade où le parasite était logé derrière la rétine ; l'image représente même des ouvertures circulaires dans la membrane nerveuse, espèces de fenêtres à travers lesquelles Jæger a vu le cysticerque passer la tête et paraître dans le corps vitré. Jamais, au contraire, on n'a noté dans le corps vitré le cysticerque à ses premières phases de développement ; et, alors même qu'on ne peut découvrir le point de départ de l'animalcule, on ne doit pas conclure qu'il s'est développé primitivement dans l'hyaloïde ; car son siége initial peut être voilé par des opacités ou se trouver sur un point difficilement accessible à l'exploration (partie équatoriale). La présence du cysticerque dans le corps vitré serait donc la seconde période de l'affection qu'il détermine en se développant sous la rétine. On admet aussi que le cysticerque peut se développer dans un vaisseau choroïdien ou rétinien et ensuite faire saillie dans le corps vitré.

Quoi qu'il en soit, le développement et la pénétration de l'helminthe se pressent ordinairement avec un cortége de symptômes d'irritation : il survient une irido-choroïdite, accompagnée de douleurs très-intenses, suivie d'une atrophie de l'œil et d'une ophthalmie sympathique. Au début, le malade accuse la présence d'un scotome, surtout si le parasite siége près de la *macula lutea*, des douleurs de tête périodiques et une photopsie très-marquée. Le reste de la rétine souffre également ; de sorte qu'il survient une amblyopie assez prononcée déjà après quelques mois. Dans les premiers jours, l'humeur vitrée conserve encore toute sa transparence, ou tout au plus est-elle traversée par quelques légères fausses membranes. Dans ces conditions, le diagnostic, aidé par l'examen ophthalmoscopique, n'offre aucune difficulté. Le champ d'observation du fond de l'œil est d'une couleur rouge, un peu pâle, légèrement trouble. La vésicule que l'on peut observer dans tout son contour est bleue-blanche dans son ensemble, légèrement orangée à ses limites. Un vaisseau rétinien passe par derrière, et prouve

qu'elle est bien dans le corps vitré et non dans la rétine. On peut même découvrir le point par lequel le cysticerque s'est frayé un passage. Cet endroit de la membrane nerveuse, d'une coloration bleu grisâtre, traversé de stries opaques plus claires, varie dans sa forme. Si l'entozoaire a pénétré d'emblée dans l'hyaloïde, son point de départ offre l'aspect d'une tache arrondie; tandis que cet espace peut être plus ou moins allongé, suivant que l'animal s'est déplacé sous la rétine avant de la quitter. La papille du nerf optique peut être reconnue, bien qu'elle soit enveloppée d'un léger brouillard. Elle paraît normale, sauf du côté interne; en ce point et masquant une certaine partie d'un vaisseau rétinien, on voit une tache d'un blanc laiteux, assez brillante, qui couvre le bord de la papille et la papille elle-même dans un sixième environ de son étendue.

En un point quelconque de l'humeur vitrée, d'ordinaire en bas, on découvre un corps sphérique ou plus ou moins ovale, à contours nettement délimités, transparent, offrant en un lieu de sa surface un point d'un blanc nacré, ou donnant naissance à un prolongement cylindrique blanc et réfléchissant fortement la lumière. On reconnaît que cette partie sphérique, qui n'est autre que la vésicule caudale de l'animal, est animée de contractions ondulatoires, et le prolongement, constitué par le col et la tête, présente des signes manifestes d'allongement et de rétraction.

Dans les stades plus avancés, la vésicule s'entoure de nombreuses fausses membranes étendues à travers tout le corps vitré. Leur présence est si constante, que de Græfe soupçonne l'existence d'un parasite toutes les fois qu'il les rencontre. Elles ont d'ailleurs un aspect caractéristique, qui suffit souvent pour donner l'éveil et mettre sur la voie. Elles sont très-développées, fines comme des toiles d'araignée, et entourent l'animal, qui, enserré dans cette espèce de kyste, n'exécute plus de mouvements. D'autres fois, elles sont plus larges et déchiquetées sur leurs bords, possédant une teinte qui varie du gris au noir le plus foncé. Elles tremblotent dans les mouvements de l'œil; mais, loin de *l'ora serrata,* elles ressemblent à une guipure épaisse. Placées en haut

et en dedans, elles n'existent pas en bas et c'est par ce seul point qu'on peut voir la rétine. (Lemoine.)

On n'a pas encore de données suffisantes pour décider la question de savoir combien de temps un cysticerque peut vivre dans l'œil. Dans des cas très-rares, l'helminthe a pu rester des mois entiers dans l'organe sans occasionner des symptômes réactionnels bien accusés. En général, la présence d'un cysticerque dans les parties profondes de l'œil entraîne toujours avec elle un pronostic fâcheux. Une irido-cyclite, ordinairement purulente, en est presque toujours la conséquence, et ce grave accident survient en général dans l'espace de trois à quinze mois après le début des troubles visuels. L'entozoaire s'enkyste quelquefois dans le corps vitré et ne donne lieu, pendant longtemps, à aucun symptôme d'irritation. Mais, le plus souvent, la vision dans l'œil atteint finit par se perdre complétement, lorsqu'on abandonne l'affection à sa marche naturelle, et souvent l'autre œil se trouve fortement compromis par des accidents sympathiques qui s'y déclarent. Bien que ces accidents tardent souvent à se manifester, l'intervention chirurgicale est autorisée, autant pour conserver le plus de vision possible dans l'œil malade que pour prévenir la perte de son congénère.

Lorsque le cysticerque se détache nettement sur le fond de l'œil, on ne saurait le confondre avec aucune autre affection de la rétine et de la choroïde ; les caractères si tranchés qu'il présente et les mouvements propres dont il est animé donnent toujours au diagnostic une certitude absolue.

Lorsque l'entozoaire est venu se fixer dans le corps vitré, on peut encore le reconnaître, surtout s'il occupe un point facile à observer. Outre les symptômes que nous avons signalés plus haut, on peut employer l'ophthalmoscope binoculaire de Giraud-Teulon, comme le fit M. Sichel. On constate alors sur les bords de la vésicule une décomposition spectrale de la lumière, et on aperçoit des irisations chromatiques, en tout analogues à celles qui se produisent sur les bords des lentilles convexes.

Il est pourtant une circonstance dans laquelle il devient impossible

d'établir sûrement le diagnostic : c'est lorsque la maladie se complique d'inflammation violente avec produits purulents. Tout au plus pourra-t-on, par exclusion et par le souvenir des phénomènes antécédents, mettre ces désordres sur le compte du parasite, et souvent on sera amené, dans ce cas, à faire l'énucléation de l'œil, croyant avoir affaire à une tumeur maligne, ainsi qu'il est arrivé à Bowmann et à Jacobson. (Lemoine.)

D'ailleurs, pour diminuer l'embarras du praticien dans ces conditions, nous allons placer sous ses yeux le tableau suivant, présenté par de Græfe :

1° Les troubles de la vision existent longtemps avant que les phénomènes d'irritation se manifestent, symptôme que nous rencontrons aussi dans le décollement de la rétine, mais que nous n'observons pas dans l'irido-choroïdite primitive ;

2° On constate souvent, et dès le début, une interruption fixe nettement limitée du champ visuel, sous forme d'un globe noir, qui se complique, plus tard seulement, d'un nuage plus étendu ; le contraire a lieu dans les cas ordinaires d'opacités du corps vitré et du décollement rétinien ;

3° Quand il existe, au début du mal, de la métamorphopsie, c'est plutôt dans de petites parties circonscrites du champ visuel que dans une grande région, comme cela arrive dans le décollement de la rétine ;

4° Le cristallin reste longtemps transparent, et la cataracte ne se forme qu'après l'apparition d'iritis; tandis que, dans le décollement rétinien, l'iritis n'apparaît généralement qu'après la cataracte ;

5° La maladie ne se présente que dans un œil, sans qu'il existe aucune circonstance qui explique un décollement rétinien monoculaire.

On ne saurait atteindre le cysticerque par la voie médicamenteuse. La santonine, le calomel, le sublimé, les onctions mercurielles autour de l'orbite, n'ont jamais donné aucun résultat certain; tout au plus ces moyens ont-ils contribué à diminuer les douleurs intolérables qui

accompagnent l'irido-choroïdite. Cependant M. Desmarres père s'exprime ainsi : « Si une opération me paraissait devenue nécessaire, je » n'aurais pas recours à l'extraction immédiatement; je me bornerais » à essayer de tuer l'entozoaire en ponctionnant la vésicule avec une » aiguille à cataracte très-acérée et tranchante, en éclairant le fond » de l'œil par un miroir concave fixé à mon front. En attendant, je » prescrirais le sublimé en collyre (1 cent. pour 100 gr. eau) et en » compresses sur l'œil, puis des onctions mercurielles autour de l'or- » bite, dans l'espoir de tuer l'entozoaire. »

Ce moyen est tout à fait illusoire, car le parasite, même mort, agissant comme corps étranger, produirait les mêmes effets désastreux qu'il faut éviter.

La première opération de Græfe fut faite par la sclérotique, au moyen d'une très-petite plaie pratiquée à l'aide d'une large aiguille à cataracte, par laquelle on avait introduit une pince capsulaire de Sichel père. Cette opinion présente de grandes difficultés de manuel opératoire, est cause de la dilacération de la vésicule caudale du cysticerque et ne saurait servir que lorsque la vue est déjà complétement abolie, qu'on cherche uniquement à conjurer les accidents et qu'on ne désire que la conservation de la forme du globe.

Dans un deuxième cas, il pratiqua d'abord l'iridectomie en bas, qui permet de voir l'animal à l'œil nu et à la lumière naturelle. Un mois plus tard, il fit l'extraction du cristallin transparent par kératotomie inférieure. Enfin, six semaines après, eut lieu l'extraction du cysticerque intact par une plaie linéaire faite à la cornée et à l'aide d'une pince à pupille artificielle ordinaire. La vue du malade, sensiblement altérée, s'améliora beaucoup à la suite de l'opération, lui permit de se conduire facilement et de reconnaître sans peine les gros objets à l'aide d'une lentille biconvexe. Cette seconde méthode exige un laps de temps beaucoup trop long, pendant lequel l'état de l'œil peut fortement s'aggraver et diminuer les chances de réussite de l'opération.

Enfin, en 1863, de Græfe donne le conseil de procéder à l'extraction de l'entozoaire à travers une large plaie faite à la sclérotique, au voisi-

nage et dans le sens de l'équateur. Il faut remarquer qu'on est d'autant plus autorisé à une semblable opération, que la seule crainte possible est de voir l'œil opéré devenir phthisique, soit de prime abord, soit petit à petit par désorganisation progressive. Or, dit-il, la phthisie du globe oculaire étant toujours la terminaison fatale spontanée dans ce cas, il vaut mieux risquer de la provoquer tout de suite, et au moins préserver l'autre œil des suites funestes qu'y pourrait amener l'irritation chronique entretenue par le cysticerque. Par ce procédé, on obtient une large plaie, qui, par sa situation et sa direction, a une tendance spontanée à s'entre-bâiller largement; ce qui facilite l'introduction de l'instrument dans différents sens et, une fois l'animal saisi, permet de l'extraire, sans chance de la voir se déchirer.

Hirschberg a apporté quelques modifications au procédé de Græfe. Voici comment il s'exprime dans une communication qu'il fit, le 3 juillet 1872, à la Société de médecine de Berlin :

« Je crois que, pour assurer le succès de cette opération, il faut te-
» nir compte des trois points suivants : 1° établir l'indication d'une
» façon exacte ; 2° exécuter l'opération avec la plus grande promptitude
» possible ; 3° provoquer une guérison par première intention.

» Quant au premier point, l'extraction ne me paraît pas devoir être
» conseillée dans les cas où la cécité produite par le cysticerque re-
» monte déjà à une époque éloignée, et où il est survenu, à la suite
» d'inflammations secondaires, un ramollissement du globe. A une
» période aussi avancée, l'énucléation est la seule opération qui con-
» vienne, tant pour abréger la durée de la maladie que pour faire ces-
» ser les symptômes, parfois fort pénibles, et préserver l'œil sain des
» atteintes de l'ophthalmie sympathique. Les conditions sont tout au-
» tres pendant les périodes initiales de la maladie. »

Hirschberg préconise, au lieu de la section équatoriale des tuniques de l'œil, les incisions méridionales, par lesquelles on atteint le cysticerque. Puis il ajoute : « On doit veiller, pendant l'opération, à ce que
» l'incision ait une étendue d'au moins 5 à 6 millimètres, afin que la
» sortie du ver puisse s'effectuer avec facilité et, autant que possible,

» sans perte de substance vitrée. On doit ensuite apporter une très-
» grande attention à l'excision de la partie de l'iris correspondant à
» l'incision, ainsi qu'au dégagement du cristallin, et faire dans la même
» séance les trois temps de l'opération. Ensuite le malade se lève et
» incline fortement la tête en avant; on fait bâiller la plaie, en pres-
» sant sur sa lèvre inférieure, et le cysticerque glisse vers la plaie. »

Observation III

Cysticerque du corps vitré, par A. Sichel.

Léocadie L....., âgée de trente-huit ans, domiciliée à Bastide-Clérence (Basses-Pyrénées), fut prise subitement, le 12 avril 1871, d'un malaise général, s'accompagnant de sueurs froides et de tremblement de tous ses membres, qui l'obligèrent à se mettre au lit. Le lendemain, son état s'était légèrement amélioré, mais elle ressentait encore, principalement du côté gauche, un violent mal de tête et une douleur oculaire semblable à celle que lui aurait fait éprouver un coup de bâton sur l'œil gauche. Cet état dura une quinzaine de jours, pendant lesquels se manifestèrent des symptômes de dysménorrhée, qui n'ont pas disparu depuis.

En même temps la vue diminua dans l'œil gauche, dans lequel se montrèrent aussi des photopsies et des mouches volantes. La paupière correspondante devenait lourde, au point de ne plus pouvoir être soulevée; le médecin, consulté alors, conseilla des sinapismes au bras et à la nuque et des compresses froides sur l'œil. Ces moyens parurent diminuer la douleur hémicrânienne, mais furent sans influence sur les troubles oculaires. Son état empirant toujours, elle consulta un

spécialiste de Bordeaux. Traitement antiphlogistique et prolongé, mais sans résultats. Bien au contraire, le mal s'aggravant de jour en jour, la malade se présenta enfin le 13 novembre à la clinique de M. Sichel.

La vue de l'œil gauche est complétement abolie; l'iris n'exécute aucun mouvement spontané sous l'influence de la lumière. Les contractions sympathiques de la pupille sont lentes et paresseuses.

L'ophthalmoscope révèle ce qui suit: le cristallin est transparent, l'éclat rouge du fond de l'œil est considérablement voilé, et, à l'image droite, on aperçoit nettement dans la partie inféro-interne le flottement d'une membrane grisâtre parcourue par quelques vaisseaux foncés et tortueux. Tout le corps vitré est trouble; de sorte qu'il est impossible d'apercevoir les détails du fond de l'œil, et que c'est à peine si on entrevoit la papille. Dans la partie inférieure du corps vitré, on voit un amas d'opacités filamenteuses et membraneuses très-peu mobiles dans l'organe. En arrière de ces opacités, la rétine soulevée ne peut flotter à l'aise, comme dans les autres parties du décollement. La pupille ayant été dilatée par l'atropine, M. Sichel procéda à l'examen par l'image renversée, qui confirme les lésions déjà indiquées, mais n'en révèle aucune autre. On écrit donc sur le journal de clinique: « Ancien décollement de la rétine, nombreuses opacités du corps » vitré, cause déterminante inconnue. » On recommande à la malade de revenir le samedi suivant.

Sur ces entrefaites, elle fut atteinte d'une ophthalmie interne très-intense et se présenta à la clinique avec tous les signes d'une violente irido-choroïdite. L'idée d'un sarcome de la choroïde ayant provoqué des symptômes glaucomateux vint à M. Sichel; mais quel n'est pas son étonnement, en palpant le globe oculaire, d'en trouver la tension même inférieure à la normale! Aussitôt lui vint la pensée que ces phénomènes pouvaient être dus à un cysticerque intraoculaire. Instillations d'atropine, liniment belladoné, badigeonnage avec la teinture d'iode morphinée, frictions sur différentes parties du corps avec l'onguent napolitain.

La malade se représente le 29 novembre. Ce ne fut pas sans satis-

faction, dit le professeur, que je constatai ce qui suit : la pupille était ronde, noire et dilatée *ad maximum;* l'injection conjonctivale avait complétement disparu, l'écoulement des larmes avait cessé ; plus de photophobie, aucune douleur. A la palpation, l'œil rencontrait sa tension normale. L'éclairage oblique faisait voir sur la cristalloïde antérieure sept ou huit petits agrégats pigmentaires, disposés sur une ligne brunâtre circulaire, marquant l'emplacement qu'occupait la pupille pendant la période aiguë d'irido-choroïdite. Je procédai alors à un nouvel examen ophthalmoscopique, à l'aide d'un miroir simple, sans lentille biconvexe; je fis diriger le regard de la malade directement vers moi. Je constatai l'éclat gris du fond de l'œil précédemment décrit et le flottement lointain et nuageux du fond de la rétine ; puis je fis regarder la malade en bas, tenant toujours le miroir de la main droite, pendant qu'à l'aide du pouce de la main gauche, je relevai la paupière supérieure. Au moment où l'œil arrivait au bas de sa course et où il s'arrêtait dans sa rotation, je vis passer au côté interne de la pupille un petit corps blanc, allongé, opalescent, réfléchissant la lumière et mesurant environ 3 millim. de long sur 1 et demi de large. Ce corps blanc était visiblement terminé par un petit renflement d'environ 1 millim. de diamètre. Je supposai immédiatement que ce devait être la tête et le col d'un cysticerque dont la vésicule m'était cachée par l'iris. Voulant, à toute force, voir l'animal en entier, je fis de nouveau exécuter à la malade les mouvements suivants : 1° directement en haut, position dans laquelle je ne pus rien voir ; 2° directement vers moi, même résultat négatif ; directement en bas. Au moment où l'œil arrivait au terme de son mouvement, l'animal m'apparut de nouveau, cette fois en entier, et je pus voir la tête, le col et la vésicule aussi distinctement que cela est représenté dans l'*Iconographie ophthalmologique* de mon père. La tête était directement en haut, le col et le corps allongé, la vésicule en bas. Pendant que je l'observais, l'animal exécutait des mouvements légers de flexion du cou, en même temps qu'il descendait dans le champ pupillaire, absolument comme un ludion renversé.

Je fis appel, continue l'auteur, à l'excellent instrument de mon confrère Giraud-Teulon. Il me fut possible dès lors d'apercevoir dans le corps vitré, à peu près à égale distance du pole postérieur du cristallin et du décollement rétinien, un corps globuleux, dont le centre laissait passer la lumière, mais dont les bords donnaient lieu à une décomposition spectrale des rayons lumineux, ce qui attestait, d'une façon certaine, qu'ils traversaient là un milieu réfringent, d'un indice de réfraction sensiblement différent de celui du corps vitré. On apercevait des irisations chromatiques en tout analogues à celles qui se produisent sur le bord des lentilles biconvexes, les rayons rouges en dehors, les bleus en dedans. De plus, l'ophthalmoscope binoculaire donnait la sensation nette et précise du relief de l'objet examiné et montrait clairement la forme sphérique. En outre, on voyait dans un point de ce corps globuleux un second petit corps d'apparence sphérique (le cou et la tête étaient rentrés).

La malade continuant à se plaindre de douleurs presque intolérables, l'opération fut résolue, proposée et acceptée.

Le 12 décembre, M. Sichel se décida à procéder par une incision scléroticale faite sur le point qu'occupait le parasite. L'opération fut un peu laborieuse, mais le chirurgien parvint pourtant à extraire l'animal en vie. Les suites furent heureuses ; les douleurs disparurent, le globe oculaire marcha vers la phthisie lente, mais régulièrement progressive.

Observation V

Cysticerque du corps vitré, prise dans le service de M. le professeur Barthélemy, médecin en chef de la marine.

Amat (Ulysse), âgé de vingt-deux ans, né à la Grand'Combe (Gard), soldat au 61e régiment de ligne, entre à l'hôpital maritime de Toulon,

le 23 avril 1884, se plaignant de troubles de la vision dans l'œil gauche. C'est un homme robuste, bien constitué, intelligent; il nous raconte ainsi le début de son affection:

« Vers la fin de décembre 1883, il me semblait voir dans l'œil gau» che un point noir, grand comme la prunelle de l'œil. J'apercevais » très-distinctement un objet de même couleur, ayant beaucoup de » ressemblance avec la tête d'un ver à soie, qui sortait du point noir, » s'allongeait, se retirait successivement, relevant ou baissant la tête » comme s'il cherchait à sortir de l'œuf dans lequel il était retenu.

» Comme il me paraissait peu probable qu'il y eût une bête dans » mon œil, je me figurais d'abord que c'était là un effet de mon imagi» nation, d'autant plus que je ne ressentais ni démangeaisons, ni cuis» sons, ni aucune douleur. Cet objet m'embarrassant cependant, je frot» tais mon œil, je le lavais à l'eau froide comme pour chasser cette » sorte de vision, mais l'apparition continuait toujours. Bientôt je m'a» perçus que je voyais moins distinctement l'objet; mais en même » temps ma vue s'obscurcissait, et aujourd'hui elle est complétement » abolie. Ces modifications sont survenues sans traumatisme ni cause » interne ou externe connue. »

On constate, en effet, que l'œil gauche ne peut voir les objets dans aucune direction ; l'iris n'exécute aucun mouvement sous l'influence de la lumière; il existe un léger strabisme externe.

L'œil atteint a une tension normale: il n'a jamais présenté aucun symptôme d'irritation; l'œil droit est parfaitement sain. A l'examen ophthalmoscopique, l'éclairage du fond de l'œil est impossible. On ne voit pas la coloration rosée caractéristiqne du fond de l'œil, mais on aperçoit une surface grisâtre, gondolée, tremblante, comme si un lambeau considérable de la rétine était décollé. On se rend encore parfaitement compte de cet aspect tremblotant, en faisant exécuter au globe oculaire des mouvements de rotation autour de ses différents axes. Le cristallin est transparent; l'humeur vitrée est traversée par quelques légères fausses membranes; aucun mouvement propre n'est perçu dans cette masse. On porta le diagnostic : « décollement de la

rétine », mais non sans conserver quelques doutes sur le véritable caractère de cette affection. En effet, l'œil atteint n'avait jamais été myope, et on n'avait pas constaté ces tractus inflammatoires dus à une irritation du corps vitré, qui se ratatinent, tirent la rétine et la décollent. Il n'existait pas de traumatisme ayant pu produire par propulsion un décollement avec épanchement sanguin au-dessous. De plus, le décollement est toujours rapide ; tandis que, chez notre homme, il aurait mis quatre mois à se produire. Enfin, alors que la rétine est décollée, la vision est encore possible au début, quoique les images ne soient pas semblables; chez Amat, la vision a été abolie très-rapidement.

En présence de toutes ces considérations, un nouvel examen fut fait le 17 mai par M. le professeur Barthélemy. Son étonnement fut grand en apercevant à la partie inféro-interne du corps vitré une masse vésiculeuse, à contours nettement délimités, d'une teinte gris bleuâtre, donnant naissance par un point de sa surface à un prolongement cylindrique blanc. Il reconnut bientôt que la partie sphérique n'était autre que la vésicule caudale d'un cysticerque, tandis que la trompe mobile, qui présentait des signes manifestes d'allongement et de rétraction, était constituée par le col et la tête. L'entozoaire se déplaçait assez facilement dans le corps vitré. Très-souvent l'appendice, au lieu d'être dirigé en avant, était tourné en arrière, à la suite d'une révolution complète de la vésicule. Il présentait probablement cette disposition quand l'homme est entré à l'hôpital, alors qu'on ne voyait qu'une surface grisâtre, gondolée, avec tremblotement. Par la suite, il s'est retourné en avant et on a pu voir la trompe. En examinant plus attentivement le fond de l'œil, on constate sur la rétine la présence de petits points foncés, que l'on croit être des cicatrices de piqûres faites par le parasite.

Le doute n'était plus possible, et M. le professeur Barthélemy se disposa à pratiquer l'extraction du cysticerque. Mais le malade, n'ayant jamais éprouvé de douleurs vives dans l'œil, ne voulut pas consentir à subir l'opération. Il a été présenté devant une commission de réforme et renvoyé dans sa famille.

CHAPITRE II

Des Autres Parasites animaux qui habitent le globe oculaire

Cette étude serait certainement incomplète si nous ne disions quelques mots des autres parasites animaux qui ont été observés dans la cavité de l'orbite. Nous commencerons par l'échinocoque, dont la conformation se rapproche le plus de celle du cysticerque.

L'échinocoque est un entozoaire cestoïde, qu'on rencontre souvent en quantités considérables dans une membrane d'enveloppe appelée *hydatide*, à laquelle il n'adhère jamais et dont il n'est pas une dépendance. On le trouve souvent réuni en amas de quatre à vingt environ, dans une sorte de dédoublement vésiculiforme d'une seconde membrane, dite mère ou fertile, à la face interne de laquelle ils sont attachés par un pédicule. Devenus libres par la destruction de la membrane fertile, ces amas, d'un gris blanchâtre, ressemblent à de petits grains de sable sphéroïdaux flottant dans le liquide qui remplit la cavité de l'hydatide. Considéré en lui-même, c'est-à-dire abstraction faite de l'hydatide, l'échinocoque représente un cysticerque dont le corps ne serait pas développé ; il possède un rostre, une double couronne de crochets et quatre ventouses. Il est bien établi aujourd'hui que l'échinocoque est la larve d'un tænia, appelé *tænia echinococus*, qui habite l'intestin du chien domestique. Deux caractères le distinguent nettement du cysticerque : d'abord le cysticerque dépasse rarement les dimensions d'une fève, tandis que l'échinocoque peut acquérir des pro-

portions bien plus considérables ; ensuite, l'embryon exacanthe donne ici naissance à un grand nombre de scolex, tandis que le cysticerque de la cellulosité vit solitaire et n'est pas fertile.

Les recherches faites par différents auteurs permettent de rattacher l'origine des hydatides chez l'homme à l'existence du *tænia echinococcus* chez le chien. Les œufs de ce tænia, que les hasards de la dissémination amènent dans le tube digestif de l'homme, y éclosent, et leurs embryons se portent ensuite dans les organes, où ils constituent les kystes hydatiques.

Le développement des hydatides détermine au début un léger degré d'exorbitisme; puis une espèce de tension, une douleur sourde et profonde, se fait sentir au fond de la cavité orbitaire. A mesure que le kyste se développe, il peut repousser devant lui le globe oculaire ou déterminer un léger degré de strabisme, suivant la position qu'il occupe. En même temps surviennent des troubles visuels (amblyopie, diplopie), qui finissent par aboutir à une amaurose complète de l'œil affecté; puis des douleurs d'une intensité telle, qu'elles privent le malade de sommeil et amènent chez lui un degré d'émaciation considérable. L'œil reste parfaitement sain, et les membranes externes offrent les altérations communes à toutes les tumeurs de l'orbite.

Quant aux caractères de la tumeur elle-même, elle s'est constamment montrée indolente, même à la pression, et sans connexion aucune avec le globe de l'œil. Arrondie, dure, rénitente, élastique, elle a toujours offert une sensation obscure de fluctuation, et, dans tous les cas où on l'a observée, elle s'étendait vers le fond de la cavité orbitaire.

Traités dans les premiers temps de leur apparition, les kystes hydatiques guérissent facilement, sans laisser de traces regrettables à leur suite ; si l'on diffère trop longtemps l'opération, ils peuvent déterminer dans le nerf optique des altérations irremédiables et laisser après eux une cécité plus ou moins prononcée.

Le traitement chirurgical est le seul sur lequel on puisse compter. On ponctionne d'abord la tumeur avec le trocart, dans la partie la plus

saillante, puis on cherche à oblitérer la cavité en déterminant l'adhérence des parois. Dans ce but, Delpech introduisait de l'agaric dans le fond du kyste; mais, une inflammation grave s'étant développée chez l'opéré de Montpellier, les chirurgiens actuels s'abstiennent de mettre en usage aucun moyen susceptible de la faire naître. On se contente de tenir la plaie béante pendant quelques jours, à l'aide d'une petite mèche de charpie; puis on fait des injections avec de l'eau ou une solution faiblement astringente, si la plaie ne se ferme pas. (Lemoine.)

La filaire (*filaria medinensis*, vulg. dragonneau) a été observée pour la première fois en 1768, sous la conjonctive. C'est un ver nématoïde, filiforme, allongé, mesurant de trois à cinq centim. en moyenne, quand il habite entre la sclérotique et la conjonctive; quelquefois blanc, mais en général brunâtre, de couleur cendrée, dur, terminé en pointe à l'une de ses extrémités et offrant à l'autre une sorte de mamelon dont la couleur noire tranche sur le reste du corps. Cet helminthe attaque particulièrement les membres inférieurs, où il se place presque toujours immédiatement sous la peau. On peut donc croire que la pénétration se fait directement au travers de la peau par les conduits sudorifères ou la gaîne des poils (Cauvet). Certains auteurs prétendent cependant que l'infection a lieu par les boissons.

Primitivement développée dans un point voisin du globe oculaire, la filaire avertit de sa première apparition sous la conjonctive par une sensation incommode et désagréable, une douleur très-piquante. Le malade a conscience de quelque chose qui remue et change de place dans son œil. Chez la négresse observée par Blot à la Martinique, où deux filaires occupaient les yeux du même individu, on voyait tantôt un ver dans chaque œil, tantôt les deux se trouvaient du même côté. La malade était avertie du passage du ver d'un œil dans l'autre aux picotements qu'elle éprouvait à la hauteur de la racine du nez, dans l'espace qui sépare les deux yeux.

Dans la plupart des cas, on reconnaît facilement l'helminthe au simple regard, si l'inflammation n'est pas trop prononcée; on le voit

serpenter entre la sclérotique et la conjonctive, ou tourner autour de la cornée. Dans quelques cas, on le voyait passer dans le tissu cellulaire de l'orbite pour le rencontrer plus tard sur le globe de l'œil. Il est même arrivé à Guyot, chirurgien de la marine, de le voir disparaître pour toujours, au moment où il allait procéder à l'extraction. Enfin on n'a jamais noté la sortie spontanée de la filaire à travers la conjonctive, comme cela arrive lorsqu'elle est logée dans le tissu cellulaire des membres ou du tronc.

On peut dire qu'en général le pronostic est favorable; après l'extraction du ver, l'œil revient bientôt à son état normal. Cependant il est à craindre que la filaire ne disparaisse pour toujours dans le tissu cellulaire de l'orbite. Dans ce cas, le malade est exposé à tous les dangers qu'entraîne avec lui le phlegmon de l'orbite. (Lemoine.)

Pour pratiquer l'extraction de la filaire, on excise un lambeau de conjonctive saisie par une pince, avec des ciseaux courbes sur le plat; l'animal se trouve alors à découvert sur une partie de son étendue, et, par l'ouverture pratiquée, on peut facilement l'attirer au dehors. Il faut éviter, dans le premier temps de l'opération, de toucher le parasite, qui fuit immédiatement l'instrument qui cherche à le saisir.

Mon collègue M. Lota a bien voulu m'autoriser à publier une observation de filaire sous-conjonctivale qui lui est tout à fait personnelle. Je transcris la communication qu'il m'a faite, sans y rien changer, et je profite de cette occasion pour lui exprimer de nouveau toute ma reconnaissance.

Observation V

Filaire sous-conjonctivale, par M. Lota

Depuis mon retour du Gabon, où j'avais fait campagne, j'étais fréquemment atteint de conjonctivite, affection à laquelle je n'étais

nullement sujet auparavant. Subitement, sans cause appréciable, j'éprouvais dans l'œil droit des picotements, une sensation de gravier extrêmement désagréable, en même temps que la conjonctive oculaire s'injectait vivement. Sous l'influence du frottement et de quelques lotions fraîches, ces symptômes disparaissaient pour se reproduire quelques jours plus tard. Je n'y attachais aucune importance, quand, un matin, cinq mois après mon retour en France, je fus éveillé par une douleur très-vive à l'œil droit : j'avais la sensation d'un corps étranger sous la paupière supérieure, sensation rendue encore plus pénible par un clignotement fréquent, survenu en même temps.

Les lotions froides étant restées sans résultat, je soulevai la paupière supérieure et je constatai alors que la conjonctive était rouge et tuméfiée, se décollait facilement, et, enfin, j'aperçus à la partie antéro-supérieure du globe oculaire une petite masse jaunâtre, de forme irrégulière, dont il me fut impossible de reconnaître la nature. Pendant plus de deux heures, la sensation de corps étranger persista, puis cessa subitement. Soulevant alors la paupière, je ne constatai plus qu'un peu de conjonctivite : la petite masse jaunâtre avait disparu. — Le soir du même jour, les mêmes symptômes se reproduisirent ; je me précipitai devant une glace, et j'aperçus sur la sclérotique un petit corps jaunâtre, arrondi, allongé, de la grosseur d'une épingle et d'une longueur de 2 à 3 centimètres environ. Il était animé de mouvements de reptation, se produisant de l'angle externe vers l'angle interne de l'œil. Tantôt rectiligne, tantôt affectant la forme d'un U ou d'un S, il progressait lentement sur l'hémisphère inférieur de l'œil, soulevant la conjonctive au fur et à mesure qu'il avançait. Au bout d'une heure environ, il atteignit l'angle interne de l'œil, où il disparut.

Le lendemain soir, mêmes symptômes, même apparition : seulement, cette fois, la filaire rampait sous l'hémisphère supérieur, immédiatement au-dessous de la paupière, qu'il fallut soulever pour l'apercevoir. Ce jour-là, elle resta plus longtemps apparente, et plusieurs de mes camarades, médecins de la marine, purent se rendre compte de sa présence et de ses mouvements. Depuis cette époque, elle n'a reparu

qu'une fois ; mais la présence de ce parasite n'a jamais troublé ma vision, et l'examen ophthalmoscopique a révélé seulement un peu de décollement de la conjonctive.

Outre le cysticerque dont nous avons parlé plus haut, quelques entozoaires ont été encore rencontrés dans le cristallin. Bien que leur extrême rareté les rende plutôt curieux qu'utiles à connaître, nous ne saurions les passer sous silence. De Nordmann et Gescheidt, qui les ont observés, les ont désignés sous le nom de *filaria oculi humani*, *monostoma oculi* et *distoma oculi*.

La *filaria oculi humani* est un corps cylindrique, filiforme, renflé postérieurement, avec une pointe fine, courte et crochue ; bouche petite, ronde, nue ; canal digestif droit, entouré par les ovaires contournés en spirale; anus terminal formant un cloaque avec la vulve.

En examinant un cristallin cataracté que de Græfe venait d'extraire et qui était en partie recouvert de sa capsule, de Nordmann y aperçut des anneaux très-petits et très-délicats. A l'examen du microscope, il reconnut que ces anneaux étaient constitués par deux filaires enroulées. L'une d'elles avait été blessée à sa partie moyenne, probablement par l'instrument qui avait ouvert sa capsule, de sorte que les intestins faisaient hernie hors du corps et apparaissaient comme de menus fils. L'autre, intacte, plus longue et entièrement déliée, était morte et contournée en spirale. Plus tard, ce même auteur rencontra un autre individu de la même espèce dans un cristallin que Junken venait d'extraire. L'animalcule, plus développé que le précédent, put, cette fois, être observé vivant.

Le *monostoma oculi* n'a été observé qu'une seule fois. C'est encore de Nordmann qui l'a rencontré, en 1822, dans un cristallin opaque et de consistance molle, qu'on venait d'enlever chez une femme âgée. C'est un helminthe caractérisé par la présence d'une seule ventouse, entourant la bouche en avant, mais ayant deux orifices génitaux distincts et un orifice postérieur, dont l'usage est inconnu; intestin sans anus.

Le *distoma oculi* est un entozoaire observé et décrit par Gescheidt et Amnon. Il est ovale, lancéolé, déprimé, contractile; sa longueur est de 1 millimètre, sa largeur est de 0^{m}003; la ventouse ventrale, plus grande d'un tiers que la ventouse orale, est centrale, avec une ouverture circulaire. Il a été trouvé à Dresde, sous la capsule du cristallin d'un enfant de 5 ans, né avec une cataracte lenticulaire. Il en existait quatre de l'espèce, et tous étaient situés entre le cristallin et la capsule, où ils formaient de petites opacités visibles à l'œil nu. Un des individus, plus libre que les autres, était raide et sans mouvements, les suçoirs tournés vers la face postérieure de la capsule antérieure. Deux autres avaient l'extrémité caudale rentrée et lui comuuniquaient de légers mouvements de va-et-vient. Le quatrième était raide et couché sur le côté.

Malgré de nombreuses recherches, ces parasites n'ont pu être retrouvés depuis; aussi n'y a-t-il rien d'étonnant dans le doute qu'expriment à leur sujet bon nombre d'auteurs et dans l'embarras qu'ils éprouvent à lui assigner une place dans le cadre zoologique. (Lemoine.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hirschberg. — Le Cysticerque de l'œil, traduit par Van Duyse ; Gand.

Dictionnaire de médecine en 30 volumes, art. Orbite ; Paris, 1840.

Dictionnaire encyclopédique, art. Œil, p. 384.

Journal de chirurgie de Malgaigne, 1843.

Revue médico-chirurgicale de Malgaigne, 1847.

Gazette médicale de Paris, 1841, p. 106, par Blot, et 1874, n° 10, par Poncet.

Desmarres.— Traité des maladies des yeux, t. III, p. 756.

Mackenzie.— Traité des maladies des yeux, t. II, p. 864 et 867.

Wecker. —Traité des maladies des yeux.

Sichel père.— Iconographie ophthalmologique.

Lemoine. — Des Parasites animaux de l'organe de la vision.

Liebreich. —Atlas d'ophthalmologie.

Cloquet. — Archives générales de médecine, t. XIII, p. 293.

Delpech. — Clinique chirurgicale, t. II, p. 102.

Demarquay. — Traité des tumeurs de l'orbite, 1860.

Gazette des hôpitaux, 1873, cas de Sichel, par Brière. — 1875, n° 33, Desmarres père, et 16 octobre 1871, Gros.

Gazette hebdomadaire, 1872, n° 2, Sichel fils.

Archiv für ophthalmologie. — T. I, 2e partie, p. 343, par Liebreich. — T. II. 1re partie (1858), par de Græfe. — T. II, 1re partie, p. 339, par de Græfe. — T. III, 3e partie (1860), trois observations de de Græfe. — T. III, 2e partie, p. 308. — T. IV, 2e partie (1861), par Hirschler. — T. IV, 2e partie, p. 99, par Busch. — T. IV, 2e partie, p. 171, par de Græfe. — T. VII, 1re partie (1863), par Meude. — T. VII, 2e partie, p. 48, par de Græfe. — T. XXXII, p. 258, et t. XXXIII, p. 132, par de Græfe. — T. XXXIV, p. 113, par de Græfe.

Annales d'oculistique. — T. VI, p. 271 (1842). — T. XXXII, p. 90, par Ausiaux. — T. XXXVI, p. 276. — T. XXXVI, p. 256. — T. XXXIX, p. 180. — T. LVI, p. 172, par Gillivray. — T. LXVIII p. 232. — T. LXVIII (1872), p. 219.

Académie des sciences, 7 novembre 1864, par Guyou. — Bulletin thérapeutique, t. XXV, p. 230, par Gayraud.

Vu :
Le Président censeur,
BERTIN-SANS.

Vu et bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur de l'Académie,
le Doyen délégué,
VIGIÉ.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!